Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg i. Els.

Ueber kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Stabsarzt vom Hövel

Bataillonsarzt im 2. Els. Pionier.-Bat. Nr. 19.

ACAD.
GD.BAT.
BIBL.

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielg. 20.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Referent: Prof. Dr. Schickele.
Korreferent: Prof. Dr. Fehling.

Mit der allenthalben beobachteten Tatsache der steigenden Zahl der Aborte haben auch solche krimineller Art in sehr hohem Maße zugenommen. Die Ursache für die Fruchtabtreibung wird einmal in den sozialen Mißständen unserer Zeit gesehen, dann aber auch auf die allgemeiner verbreiteten Kenntnisse von der Aseptik und Antiseptik und die Aufklärung, auch in den unteren Volksschichten, über die anatomischen und physiologischen Verhältnisse zurückgeführt. Weiter werden bei Unverheirateten die Furcht vor Schande und Entehrung, Aufgebenmüssen der Stellung, bei verheirateten Frauen die Scheu vor der Unbequemlichkeit, die Schwangerschaft, Geburt und Aufziehen des Kindes im Gefolge haben, verantwortlich gemacht. Während die berufsmäßigen Abtreiber sich die Fortschritte der modernen Wissenschaft mehr oder weniger zu eigen gemacht haben und dadurch sicherer vor dem Strafgesetz und ungestörter ihre Arbeit verrichten können, sind die Fälle von Selbsteinleitung des Abortes in der größten Mehrzahl nach wie vor mit einer Gefahr für Gesundheit und Leben der Mutter verbunden. Abgesehen von dem Gebrauch der zahlreichen inneren Mittel, die zur Abtreibung empfohlen und benutzt werden, kommen in der Hauptsache bei der Selbsteinleitung die artifiziellen Eingriffe an den Genitalien, Eihautstich und Einspritzung in die Gebärmutter, in Anwendung. Die Schädigungen des mütterlichen Organismus durch solche Eingriffe sind mechanische, indem bei der Einführung des

Instrumentes direkte Verletzungen der Scheide, der Gebärmutter oder Harnblase hervorgerufen werden können, nach der Art der eingespritzten Flüssigkeit thermische oder chemische oder endlich infektiöse, da in der Regel die Instrumente selbst oder die benutzte Flüssigkeit keinen Anspruch auf Keimfreiheit machen können. Die mechanische Verletzung wird begünstigt durch die Weichheit und Auflockerung des graviden Uterus, andererseits aber auch in den Fällen, wo das Bestehen einer Schwangerschaft nur befürchtet wird, durch die öftere Wiederholung des Eingriffs, wodurch außerdem eine größere Möglichkeit für eine Infektion gegeben ist. Auch steht bei den Einspritzungen in die Gebärmutter immer zu befürchten, daß ein Teil der Flüssigkeit durch die Tuben, wie die Versuche von Döderlein und Zweifel einwandfrei ergeben haben, in die freie Bauchhöhle gelangt. Hierbei möchte ich einen Fall, von Thomä beschrieben, erwähnen, bei dem nach der Einspritzung einer konzentrierten Kalialaunlösung in die Gebärmutter, sich bei der Laparotomie die abdominalen Tubenostien, die Tuben selbst, Gebärmutter und anliegende Darmschlingen mit weißlichen, krümlichen Auflagerungen bedeckt fanden, die sich unschwer als Mengen des verwandten Pulvers erkennen ließen. Späth berichtet schon 1878 über einen ähnlichen Fall. Infolge der Einspritzung einer Bleiessiglösung, die unter hohem Druck in die Scheide gemacht worden war, war unter den Erscheinungen der allgemeinen Peritonitis der Tod erfolgt. «Bei der Sektion fanden sich an der Umschlagstelle der Innenfläche des Uterus, in der Umgebung der Tubenfimbrien, auf den Ligamenta lata, dem Bauchfellüberzug beider Ovarien und den angrenzenden Darmschlingen rundlich geformte, grauschwärzliche Auflagerungen, die sich bei der chemischen Untersuchung als Schwefelblei erwiesen.» Die Komplikationen, die sich den artifiziellen Eingriffen auf Grund einer stattgehabten In-

fektion anschließen, sind entweder allgemeine, wie Peritonitis, Septicopyämie, Saprämie, oder lokalisierte, wie Endometritis, Parametritis, Adnexerkrankung, Thrombosen usw. Setzen im Gegensatz zum spontanen Abort, welchem im allgemeinen Prodrome vorausgehen und bei dem das Allgemeinbefinden kaum beeinträchtigt zu sein pflegt, die Krankheitserscheinungen plötzlich ein, ist das Allgemeinbefinden durchweg ernstlicher beeinträchtigt, so dürfen wir in der Regel den Verdacht auf einen erfolgten kriminellen Eingriff aussprechen.

An der hiesigen Universitätsfrauenklinik konnten im Verlauf des letzten Jahres 9 Fälle beobachtet werden, deren Krankheitsgeschichten wegen des selteneren Auftretens der bei ihnen aufgetretenen Komplikationen, zum Teil auch wegen der Schwere der Erkrankung und ihres Ausgangs, hier näher Erläuterung finden sollen.

Fall I.

Frau W., 38 Jahre alt, hat zweimal geboren. Letzte Geburt vor 3 Jahren. Menses immer unregelmäßig, letzte vor 2 Monaten. Frau W. war bereits zweimal wegen doppelseitiger Adnextumoren in klinischer Behandlung. Wenige Tage vor ihrer diesmaligen Aufnahme machte sich Patientin eine Scheidenausspülung, der sich unmittelbar starke Schmerzen im Unterleib anschlossen. In der Folge wurden die Schmerzen unter Fiebersteigerung größer, es trat Brechreiz auf. Aufnahme in die Klinik am 11. VII.

Der Aufnahmebefund war: Mäßige Erhöhung der Körperwärme, Puls o. B., Vulva und Vagina bieten nichts Abweichendes. Uterus weich, vergrößert, etwa dem zweiten Schwangerschaftsmonat entsprechend. Im Douglas deutliche Vorwölbung, die sich etwa kleinfaustgroß in das Septum recto-vaginale fortsetzt, einen ent-

sprechenden Bezirk der hinteren Scheidenwand stark vorwölbt und auf Druck sehr schmerzhaft ist. Keine Fluktuation zu fühlen. Der Tumor reicht weiter, besonders in das Septum recto-vaginale herunter, als es bei den gewöhnlichen Entzündungen im Douglas'schen Raum der Fall ist. Parametrien und Adnexe frei, nirgends empfindlich.

Unter Bettruhe und warmen Umschlägen in den nächsten Tagen Abfall der Temperatur, allmähliche Rückbildung der Geschwulst.

Bei der Entlassung am 30. VII. befand sich im Douglas noch eine kleine, etwas druckempfindliche Resistenz von leichthöckeriger, harter Beschaffenheit, nach beiden Seiten sich diffus verlierend. Adnexe frei.

In diesem Fall handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Verletzung im Bereich des hinteren Scheidengewölbes mit dem Ansatzstück der Spritze und einer davon ausgehenden entzündlichen Infiltration im recto-vaginalen Septum, die örtlich beschränkt geblieben ist. Es bestanden allerdings außerdem beiderseitige chronische Adnexentzündungen, deretwegen die Patientin schon seit längerer Zeit in poliklinischer Behandlung steht. Sie stehen mit der jetzigen Erkrankung jedoch in keinem Zusammenhang. Die Verletzungen im hinteren Scheidengewölbe sind sehr häufig beobachtet und in der Hauptsache durch den anatomischen Bau der Geschlechtsteile bedingt. Ihre Erklärung finden sie wohl dadurch, daß bei ungeschickter Einführung des benutzten Instrumentes der äußere Muttermund, wie beabsichtigt, nicht getroffen wird, und dasselbe unter der Portio hindurchgeht und so die hintere Scheidenwand trifft.

Fall II.

Frau S., 38 Jahre alt, hat 15 mal geboren. Letzte Geburt (Zange) Dezember v. Js., letzte Menses vor 2 Monaten. Am 28. X. spritzte Patientin mit einer langen

Aluminiumspritze gewöhnlichen Essig mit großer Gewalt in die Scheide ein, wobei etwas Blut abgegangen sein soll. Unmittelbar hinterher heftige Schmerzen in dem ganzen Leib, die in den folgenden Tagen an Heftigkeit zunahmen, und leichte Ohnmachtsanfälle. Am 31. X. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Gesundes, kräftiges Aussehen; Körperwärme regelrecht, Puls 110, ohne Befund, Abdomen weich, keine Resistenz zu fühlen, Vulva etwas klaffend, stinkender, jauchiger Ausfluß. Portio uteri hinter der Symphyse stehend; äußerer Muttermund klaffend, Uterus weich, vergrößert, dem zweiten Schwangerschaftsmonat entsprechend, nach vorn und oben hinter die Symphyse gedrängt durch einen weichen unbeweglichen Tumor, der undeutliche Fluktuation zeigt, im recto-vaginalen Septum gelegen ist und sich bis zur Höhe des Scheidengewölbes erstreckt. Die Untersuchung vom Rektum aus läßt eine vor dem Rektum und zwischen ihm und der Scheide gelegene, diffuse, weiche Resistenz erkennen. — Da Patientin bei gutem Allgemeinbefinden war, die Probepunktion negativ ausfiel, blieb die Behandlung zunächst abwartend.

12. XI. Befund im wesentlichen unverändert, im oberen Drittel des recto-vaginalen Septums deutliche Fluktuation. Eröffnung der Geschwulst, wobei sich mit bröckeligen, nekrotischen Massen vermischter Eiter entleert. Stumpfe Erweiterung der etwa gänseeigroßen buchtigen Höhle. Drainage, Tamponade.

In den folgenden Tagen verlor der Ausfluß seinen jauchenden, eitrigen Charakter und Patientin konnte am 6. XII. mit geringer seröser Absonderung aus der Scheide, nachdem die Drainageöffnung sich vollkommen geschlossen hatte, entlassen werden.

Fall III.

Frau B., 37 Jahre alt, hat 8 mal geboren, letzte Menses Ende Oktober. Am 12. XII. machte Patientin eine Einspritzung mit Salzwasser in die Scheide unter starkem Druck. Unmittelbar danach traten heftige Leibschmerzen auf, die zunächst bald wieder nachließen. Gleichzeitig zeigte sich ein Ausfluß, der zuerst hell, in den nächsten Tagen aber stärker, dunkel und übelriechend wurde. Am 24. XII. hochgradige Schmerzen im ganzen Unterleib und Abgang von Blut. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Blasses, sehr schlechtes Aussehen, Körperwärme erhöht, Puls beschleunigt. Aus der Vulva stark stinkender, jauchiger Ausfluß, im Scheidengewölbe rechts hinten eine kleine Perforation, aus der sich mißfarbener Eiter entleert. Hinter der Öffnung ein faustgroßer, fluktuierender Tumor. Uterus weich, vergrößert, entsprechend dem zweiten Schwangerschaftsmonat. Adnexe ohne Befund. Erweiterung der Perforationsöffnung, Reinigung der Abszeßhöhle, Drainage.

In den nächsten Tagen Besserung des Allgemeinbefindens, Abfall der Körpertemperatur zur Norm, Nachlassen des Ausflusses. Patientin befindet sich zurzeit noch in Behandlung, ist aber auf dem Wege der Besserung.

Hier handelt es sich wiederum um Verletzungen des hinteren Scheidengewölbes, bei der es aber nicht bei einer örtlich begrenzten, entzündlichen Infiltration geblieben, sondern zu einer Einschmelzung des Gewebes und einer jauchenden Eiterung gekommen ist. Während im ersteren Falle eine Perforationsöffnung nicht zu entdecken war und die Spaltung des Abszesses notwendig wurde, was wohl den Schluß erlaubt, daß es sich nur um eine geringfügige, kleinere Verletzung gehandelt haben mag, die sich sehr bald wieder geschlossen hat, hatte bei der letzten Patientin der Eiter durch die Perforationsöffnung

den Ausweg gefunden und so das Übergreifen des schnell fortschreitenden Prozesses auf das benachbarte Gewebe, z. B. den Durchbruch in den Darm verhindert. Auffällig erscheint, daß im allgemeinen die Entwicklung derartiger großer Abszesse ohne höhere Temperatur und ohne schwerere Krankheitserscheinungen einhergeht.

Als hierher gehörig, bezüglich der Art der stattgehabten Verletzung ein weiterer Fall, in dem es zur Bildung eines Hämatoms im Beckenbindegewebe gekommen ist.

Fall IV.

Frau H., 40 Jahre alt, hat 7 normale und 2 Fehlgeburten gehabt, letzte Geburt vor 3 Jahren, letzte Menses Anfang Juli. Patientin bekam am 11. IX., bei einer Einspritzung in die Gebärmutter, heftige Schmerzen im Leib und eine mäßige Blutung, die von der hinzugezogenen Hebamme zum Stillstand gebracht wurde. Am 15. IX. plötzliches Einsetzen von hochgradigen Schmerzen im Leib und im Kreuz, Harnverhaltung. Am 16. IX. erneute Blutung, wobei Stücke abgegangen sein sollen. Wegen Verdachts auf Tubargravidität am 17. IX. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Sehr blasses, angegriffenes Aussehen, Körperwärme mäßig erhöht, Puls klein und frequent. Abdomen weich, etwas aufgetrieben, in den abhängigen, seitlichen Partien deutliche, bei Lagewechsel sich verschiebende Dämpfung. Vulva leicht klaffend, Schleimhaut der Vagina livide verfärbt. Äußerer Muttermund geschlossen, Portio uteri auffallend hochstehend, hintere Scheidenwand vorgewölbt. Uterus vergrößert, entsprechend dem 2.—3. Schwangerschaftsmonat, weich, in leichter Anteflexion, ziemlich reicher Blutabgang. Im Douglas, oberhalb und zum Teil hinter der vorgewölbten hinteren Scheidenwand ein weicher, sich zystisch anfüh-

lender Tumor, der, wie die Untersuchung vom Rektum aus ergibt, zum Teil vor, zum Teil seitlich des Darms liegt.

Bei der am gleichen Tage vorgenommenen Probelaparotomie wegen des vorliegenden Verdachts auf Tubargravidität fanden sich beide Adnexe vollkommen normal, in der Bauchhöhle kein freies Blut, keine freie Flüssigkeit, der im hinteren Douglas diagnostizierte Tumor retroperitoneal, Uterus weich, 3—4 Finger über der Symphyse stehend. Der Ausgangspunkt des Tumors ließ sich dabei nicht feststellen. Am Abend Abgang eines etwa 10 cm langen, macerierten Fötus ohne Plazenta. Da der Allgemeinzustand gut war, wurde vorläufig abgewartet.

30. IX. Plazenta noch nicht abgegangen, jauchig stinkender Ausfluß, Die im Cervikalkanal völlig losgelöst liegende Plazenta wird digital entfernt. Die vorsichtige Ausschabung ergab keine zurückgebliebenen Reste. Bei der anschließenden Ausspülung entleerten sich aus einer Perforationsöffnung an der hinteren Scheidenwand große Mengen dicker Blutkoagula. Nach Erweiterung der Öffnung gelangt der Finger in eine große, mit alten Blutkoagula ausgefüllten Höhle, die dem retroperitoneal gelegenen Tumor entspricht. Drainage und Tamponade.

In den folgenden Tagen traten mehrfach heftige Blutungen aus den Genitalien und Erbrechen auf, die bei der Patientin zu einem starken Kollaps führten. Exitus 25. IX. — Die Autopsie ergab in der rechten Scheidenwand unterhalb des Scheidengewölbes ein etwa 4 cm großes Loch, das in eine zwischen Scheide, Rektum, seitliche Beckenwand und Douglasperitoneum liegende Höhle führte, deren Wandung glatt und tiefblau gefärbt war. Ferner Maciditas uteri postabortum. Anaemia universalis.

Die Verletzung des hinteren Scheidengewölbes hat in diesem Fall gleichzeitig zu einer Läsion eines größeren, venösen Blutgefässes und damit zu einer Blutung in das

retroperitoneal gelegene, lockere Bindegewebe und Bildung eines Hämatoms geführt. Die ärztlichen Eingriffe, Ausschabung und Ausspülung des Cavum uteri, brachten das verletzte Gefäß von neuem zum Bluten und damit eine Entleerung des Hämatoms durch die perforierte Scheidenwand. Der unglückliche Ausgang des Falles dürfte auf die bereits vorher vorhanden gewesene und später durch die Sektion bestätigte Anaemia universalis zurückzuführen sein.

Die Thromben oder Hämatome im Beckenbindegewebe, auch als Hämatocele extraperitoneale bezeichnet, sind sehr selten, wenn man diejenigen ausschaltet, welche bei der Geburt durch Zerreissen oder Platzen von Blutgefäßen zustande kommen. Hofmeier-Schröder erwähnen in ihrem Handbuch die Bildung eines Hämatoms, das ebenso wie in unserem Falle eine starke Vorwölbung der Scheidenwand bedingte und sich nach der Spaltung als eine große, mit Gerinnseln gefüllte, glattwandige Höhle zeigte. Mainzer berichtet über eine Stricknadelverletzung nach kriminellem Abort, bei der sich ein einseitiges Hämatom im Ligamentum latum gebildet hatte, während die andere Seite eine noch intakte Tubarschwangerschaft aufwies. In diesem Falle war für die bestehende Anaemie die Tubargravidität als Ursache anzunehmen.

Auch bei Tubargravidität sind kriminelle Eingriffe beobachtet worden, insbesondere haben die von v. Neugebauer angestellten Umfragen lebhaftes Interesse erweckt und eine ganze Anzahl Fälle wurden in den letzten Jahren veröffentlicht. Auch im anschließenden Fall dürfte mit großer Wahrscheinlichkeit die Ruptur der Tubargravidität auf die zwecks Einleitung des Aborts gemachten Scheidenausspülungen zurückgeführt werden.

Fall V.

Frau B., 32 Jahre alt, hat 3 mal geboren, 1 mal einen Abort im zweiten Monat durchgemacht. Letzte Geburt vor 3½ Jahren, letzte Menses vor 7 Wochen. Am 9. XII. traten unmittelbar im Anschluß an eine Scheidenausspülung plötzlich starke Schmerzen in der Unterbauchgegend und Schwindelanfälle auf. Am 10. XII. Zunahme der Schmerzen, häufiger Singultus, mehrfaches Erbrechen. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Körperwärme regelrecht, Puls 112, ohne Befund, schlechtes Aussehen, blasse Gesichtsfarbe. Abdomen deutlich aufgetrieben, Bauchdecken gespannt, in den abhängigen Partien Schallabschwächung, geringe Druckempfindlichkeit. Vulva geschlossen, Schleimhaut der Vagina stark aufgelockert, livide verfärbt. Portio uteri dick und weich, äußerer Muttermund geschlossen. Fundus uteri nicht sicher abzutasten. Im Douglas diffuse, mäßig druckschmerzhafte Resistenz.

11. XII. Uterus vergrößert, weich. Körperwärme 38,5°. Wegen Verdachts auf eine rupturierte Tubargravidität Laparotomie: Salpingotomia dextra. Bei Eröffnung der Bauchhöhle wurden reichliche alte Blutmassen entfernt, die rechte Tube zeigte sich verdickt und geschwollen, im ampullären Teil eine große Rupturstelle, aus der das Ei heraushing. Entfernung der Tube, Drainage, Tamponade.

Nach glattem Heilverlauf konnte Patientin am 23. XII. entlassen werden. Der Uterus war nicht mehr vergrößert, das rechte Ovarium gut fühlbar, die linken Adnexe ohne Befund.

Differentialdiagnostisch kam bei dieser Patientin, wo die Annahme einer Infektion durch das Vorhandensein von peritonitischen Reizerscheinungen, Fieber, Erbrechen, Singultus berechtigt war, eine Peritonitis oder rupturierte

Extrauteringravidität in Frage. Nachträglich waren überhaupt keine Anzeichen einer stattgehabten Infektion zu finden. Die Ursache der Ruptur kann daher als eine rein mechanische angesehen werden und findet dadurch ihre Erklärung, daß durch die Ausspülung eine Zerrung der Genitalorgane erfolgte, die sekundär das Platzen der Tubenwandung zur Folge hatte. Schäffer berichtet über einen ähnlichen Fall, bei dem durch innere Verblues zum Exitus kam und erklärt die Ruptur durch Zerrung infolge zu tiefer Einführung des Irrigatorrohres. Hammer beschreibt gleichfalls drei Fälle von einwandfreien Abortversuchen bei Tubargravidität, indem bei zweien eine Scheidenausspülung mit grüner Seifenlösung unter starkem Druck stattgefunden hatte.

Weit ernster bezüglich des Krankheitsverlaufs sind die Krankheitsfälle zu nehmen, bei denen es zu einer Infektion des Peritoneums oder einem Fortschreiten des gesetzten Entzündungsprozesses in den Lymph- und Blutbahnen und damit zu einer Allgemeinerkrankung kommt. Daß aber auch ohne jede nachweisbare Schädigung des Uterus und seiner Adnexe schwere Allgemeinerkrankungen durch kriminelle Eingriffe hervorgerufen werden können, beweist der von Opitz beschriebene Fall. Nach einem kriminellen Eingriff erfolgte Abort im 3. Schwangerschaftsmonat. Wegen unstillbarer Blutung mußte die Exstirpatio uteri vorgenommen werden. Uterus und Adnexe vollkommen frei. Am Tage der Operation trat eine ödematöse Schwellung am Fuß auf, später metastatische Abszesse, im Blute fanden sich Streptokokken. Exitus an Pyämie. Im Uterus konnten an vielen Schnitten an verschiedenen Stellen keine Bakterien nachgewiesen werden.

Für die Entstehung der Peritonitis bei entzündlichen Vorgängen an den Genitalien möchte ich hier das von Fromme aufgestellte und von Hagen vervollständigte Schema anführen. Danach kommt die Peritonitis zustande:

1. auf dem Blut- und Lymphwege durch die Wand des Uterus;
2. durch Fortschreiten eines Prozesses durch die Tubenlumina;
3. durch Platzen eines Eiterherdes und Verletzung;
4. durch chemisch toxische Einwirkungen, ausgehend von den Endotoxinen der Bakterien.

Andererseits, wie schon der in der Einleitung erwähnte Fall Thomä zeigt, ist das Vorliegen eines entzündlichen Prozesses an den Genitalien für das Entstehen einer Peritonitis nicht unbedingt erforderlich, sondern die eingespritzte Materie kann sehr wohl eine Peritonitis bezw. peritonitische Reizung unmittelbar hervorrufen. Dafür möge nachfolgender Fall als Beispiel dienen.

Fall VI.

Frau M., 30 Jahre alt, 1 mal geboren, letzte Geburt Januar 1912, letzte Menses 15. XII. Die Patientin hatte sich angeblich am 13. I. mit einer Mutterspritze, die zur Hälfte mit einer Lösung von Seifenwasser und Essig gefüllt war, die Gebärmutter ausgespritzt. Unmittelbar darauf setzten hochgradige Schmerzen im ganzen Leib ein, welche die sofortige Aufnahme in die Klinik erforderten.

Aufnahmebefund: Sehr empfindliches Abdomen, namentlich in den unteren Partien. Keine Auftreibung. Aus der Vulva, die geschlossen, kein Sekretabgang. Vagina und Portio ohne nachweisbare Verletzung. Die Abtastung des Corpus uteri und seiner Adnexe war wegen hochgradiger Empfindlichkeit des Abdomens nicht möglich. Körperwärme 37,8°, Puls 88, ohne Befund. Auf Grund des Befunds wurde die Diagnose auf «peritonische Reizung» gestellt.

Unter Morphiumdarreichung und einer sonst abwartenden Behandlung verschwanden die Schmerzen in den

nächsten Tagen, die peritonealen Reizerscheinungen klangen gleichfalls ab, die Körperwärme blieb annähernd normal.

Bei der Entlassung am 18. I. fand sich der Uterus gut beweglich, kein Exsudat, rechts neben dem Uterus eine kleine, mäßig druckempfindliche Stelle. Adnexe frei.

Dem möge ein weiterer Fall folgen, bei welchem es im Anschluß an einen kriminellen Abort zu einer schweren tötlich endenden Sepsis kam. Der entzündliche Prozeß im Uterus fand hier einmal seinen Weg durch die Wand desselben, wodurch es zu einer, wie die Sektion ergeben hat, Pelveo-Peritonitis gekommen war, dann auf dem Lymph- und Blutwege zu der schweren Allgemeinerkrankung.

Fall VII.

Frau G., 32 Jahre alt, hat zweimal normal geboren, letzte Geburt 1908, letzte Menses Anfang November. Patientin hatte in den letzten Tagen vor ihrer Erkrankung häufiger mit einer langen Mutterspritze Scheidenausspülungen gemacht. Am 21. XII. plötzlich unter starker Steigerung der Körperwärme ziemlich heftige Blutung, wobei Fleischklümpchen abgegangen sein sollen. Zunächst ambulant behandelt. Wegen anhaltenden hohen Fiebers am 24. XII. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Körperwärme 38,8°. Puls 112. Vulva und Vagina keine Besonderheiten. Portio für einen Finger durchgängig. Uterus weich, vergrößert, dem zweiten Schwangerschaftsmonat noch entsprechend, beweglich, anteflektiert. Im Fundus wenig weiche Massen. Adnexe zeigen keinen von der Norm abweichenden Befund.

Ausräumung des Uterus, die aus weichen Deciduaresten bestand, Ausschabung, Ätzung und danach Tamponade.

Die Temperatur blieb in den nächsten Tagen weiter erhöht zwischen 38,5° und 39,5°, dann trat unter Bildung von breiten, harten Infiltrationen an beiden Armen und an der Brust, über denen die Haut stark gerötet und hochgradig druckempfindlich war, und eine Abszeßbildung am rechten Unterarm, wo sich beim Einschneiden reichlich Eiter entleerte, eine allgemeine Sepsis auf, die am 30. XII. zum Exitus führte.

Sektionsbefund: Allgemeine Sepsis, Endometritis nekrotisans post abortum, Pelvoperitonitis, Phlegmonia suppurativa parietis thoracis dextrae et sinistrae, Empyem der rechten Pleura und eiterige Bronchitis.

Ein wegen seines Sektionsbefundes interessanter Fall ist der folgende. Während die klinische Erscheinungen zunächst zurückgingen und der Krankheitsprozeß lokalisiert auf den Uterus zu bleiben schien, kam es zu einer Einwanderung der virulenten Keime in die Lymphbahnen der Parametrien auf beiden Seiten des Uterus und in die rechte Tube und in die Blutgefäße des rechten Parametriums, weiter zur Thrombenbildung in der Vena ovarica dextra und führte dann unter plötzlich wieder einsetzenden schweren Allgemeinerscheinungen zum Tode.

Fall VIII.

Frau S., 35 Jahre alt, hat 6 mal geboren, letzte Menses Anfang November. Am 28. XII. nahm Patientin eine Ausspritzung der Gebärmutter mit heißem Kamillentee vor. Sofort danach kam etwas schwarzes Blut. Am 29. XII. weiter geringer Blutabgang, abends Schüttelfrost, Erbrechen und Fieber. Außer Kopfschmerzen keine weiteren Beschwerden. Am 30. XII. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Körperwärme mäßig erhöht, Puls beschleunigt. Abdomen diffus aufgetrieben, nicht durckempfindlich, Klopfschall tympanitisch, Vulva klaffend, Schleimhaut der Scheide livide verfärbt. Geringe Auflockerung der Scheidenwand und übelriechende Absonderung. Im Scheidensekret haemolytische Streptokokken, äußerer Muttermund geschlossen. Uterus vergrößert, etwa dem zweiten Schwangerschaftsmonat entsprechend, weich, anteflektiert, Adnexe ohne Befund.

Behandlung abwartend. Während der Krankheitsprozeß zunächst lokalisiert zu bleiben schien, trat am 4. I. wieder unter Schüttelfrost eine Steigerung der Körperwärme auf 40,1° auf. Im Scheidengewölbe rechts war eine schmerzhafte Resistenz zu fühlen. Am nächsten Tage derbe Schwellungen an beiden Unterarmen und am rechten Bein. Exitus am 7. I. an Pyämie.

Sektionsbefund: Endometritis necrotisans post abortum, Metrolymphangitis suppurativa bilateralis und Metrophlebitis purulento-ischorosa in dextro lateri, Thrombenbildung in der Vena ovarica dextra, die sich bis zur Vena cava inferior verfolgen läßt, metastatische Herde an beiden Unterarmen und am rechten Bein, beginnender eiteriger Abszeß im rechten unteren Lungenlappen, Pyämie. In dem Inhalt der rechten Tube, den Lymphgefäßen der Ligamenta lata und der Vena ovarica dextra wurden mikroskopisch Gram positive Streptokokken nachgewiesen.

An letzter Stelle möchte ich einen Fall erwähnen, bei welchem es zur Bildung eines doppelseitigen Pyosalpinx kam, der sich in seiner Ätiologie einwandfrei auf einen kriminellen Eingriff zurückführen läßt.

Fall IX.

Frl. A., 23 Jahre alt, hat noch nicht geboren. Letzte Menses vor 3 Monaten. Patientin hatte sich am 4. IX. mit

einer langen Spritze die Gebärmutter angeblich mit einer Seifenlösung ausgespritzt. Sofort danach traten heftige Schmerzen im Unterleib auf. Zunächst ambulante Behandlung, bestehend in Bettruhe und heißen Umschlägen. In der Zeit vom 8.—10. IX. Abgang von Blut, wonach die Schmerzen etwas nachlassen. In der Nacht vom 11. auf 12. IX. hochgradige Schmerzen im ganzen Leib, öfters Erbrechen, Harnverhaltung. Am 12. IX. Aufnahme in die Klinik.

Aufnahmebefund: Sehr blasses Aussehen, Lippen cyanotisch, Facies abdominalis, Körperwärme 40,1°, Puls 140, leicht unterdrückbar, Abdomen stark aufgetrieben, überall auf Druck sehr schmerzhaft, in der Blasengegend, besonders links, Schallabschwächung. Vulva geschlossen, Vagina und Portio vaginalis zeigen keine Verletzungen. Äußerer Muttermund geschlossen, Corpus uteri wegen der starken Bauchdeckenspannung nicht abzutasten. Das Verschieben der Portio wird als äußerst schmerzhaft empfunden, desgleichen auch der Druck gegen das Scheidengewölbe, besonders links. Hier auch eine undeutliche, nicht sicher abgrenzbare Resistenz. Der zunächst etwas dunkle Fall klärte sich erst auf, als Patientin auf wiederholtes Befragen zugab, die Einspritzung gemacht zu haben. Die Diagnose «Peritonitis infolge des kriminellen Eingriffs» konnte nun als gesichert angesehen werden.

Die am gleichen Tage vorgenommene Laparotomie und anschließende Salpingotomia duplex ergab: frische Verklebung von Netz und Darmschlingen, in der linken unteren Bauchhöhle reichlich dicker, schmutzig gelber, nicht riechender Eiter, ein kleinfaustgroßer Pyosalpinx sinister, der auf der Höhe seiner Krümmung eine halbbohnengroße Ruptur zeigt. Rechts ein kleiner, nicht rupturierter Pyosalpinx. Uterus vergrößert. Nach Entfernung

der Salpingen Drainage nach dem hinteren Scheidengewölbe, Tamponade. Die Körperwärme ging schon am gleichen Tage zur Norm zurück, der Heilungsverlauf war ein guter. Im Scheidensekret, in dem freien Eiter in der Bauchhöhle und in dem Eiter der noch geschlossenen Pyosalpinx Streptokokken.

Bei der Entlassung am 25. X. obere Hälfte der Operationswunde noch nicht vollständig epithelialisiert, Uterus wenig beweglich, nicht empfindliche Resistenz in der Gegend beider Adnexe.

Daß im vorliegenden Fall krimineller Eingriff und Pyosalpinx in unmittelbarem Zusammenhang stehen, geht einmal aus der Anamnese hervor. Ein bis dahin völlig gesundes Mädchen, macht (?) zwecks Abtreibung mit einer langen Spritze eine Ausspritzung der Gebärmutter mit einer Seifenlösung, die wenige Tage später zum Abort führte. Gleich nach der Einspritzung Schmerzen im Unterleib, die immer deutlicher sich auf den Bereich der Genitalien lokalisieren, hohes Fieber und endlich die beginnenden peritonitischen Erscheinungen. Wir finden ferner dieselben hämolytischen Streptokokken zunächst im Scheidensekret und später in dem Eiter des geplatzten Pyosalpinx. In der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich nur wenige auf kriminelle Eingriffe zurückzuführende Fälle dieser Art gefunden. v. Kubinyi hat in einem Pyosalpinx ein Holzstäbchen gefunden, welches zur Herbeiführung eines Abortes in die Gebärmutter eingeführt worden war, Aubert nach keiner kriminellen Einspritzung von Borsäure in Uterum bei der Laparotomie rechts eine rupturierte Tubenschwangerschaft, links neben einer eiterigen Peritonitis Pyovarium und Pyosalpinx.

In den letzt aufgeführten 4 Fällen sind die verschiedenen Wege, welche die von außen erfolgte Infektion nehmen kann, gegeben, und zwar:

1. direkt durch die Uterushöhle in das Cavum peritonaei (Fall VI);
2. durch die Uteruswand und gleichzeitig durch die Venen und Lypmhgefäße (Fall VII und VIII);
3. durch die Tuben (Fall IX).

Den so zahlreichen und mannigfaltigen Folgeerscheinungen im Anschluß an kriminelle Eingriffe an den weiblichen Genitalien, sei es daß sie sich in schweren Allgemeinerkrankungen äußern oder als örtlich lokalisierte Prozesse in Erscheinung treten, die durch die voraufgeführten Fälle, welche an der hiesigen Klinik zur Beobachtung gekommen sind, nur eine Ergänzung erhalten sollen, steht die Tatsache gegenüber, daß in den Handbüchern der Gynäkologie bei der Besprechung der Ätiologie der entzündlichen Erkrankungen im Bereiche der Genitalien die kriminelle Eingriffe wenig oder nicht genügend Berücksichtigung finden. Als gewöhnlich sehen wir angeführt als ätiologische Momente Gonorrhoe, Tuberkulose, das Puerperium und sekundäre Erkrankungen von dem benachbarten keimhaltigen Organ der Bauchhöhle, Darm, Appendix aus. Ich habe hierbei weniger die akuten, entzündlichen Erscheinungen im Bereiche der weiblichen Genitalien im Auge als vielmehr die Fälle, bei welchen das akute Stadium bereits, eventuell schon längere Zeit, abgeklungen, die Veränderung als chronisch anzusehen ist. Wir finden zum Beispiel, ähnlich Fall I, eine Infiltration im hinteren Scheidengewölbe. Aus der Anamnese erfahren wir nur, daß die Patientin einmal eine Fehlgeburt durchgemacht und danach einige Tage das Bett gehütet hat. Sonst will sie immer gesund gewesen sein, über irgendwelche Darmerkrankungen weiß sie keine Angaben zu machen. Für Gonorrhoe oder Tuberkulose gibt die Untersuchung keine Anhaltspunkte, andere ätiologische Momente sind auszuschließen. In einem

solchen Fall ist meines Erachtens die Annahme eines früher erfolgten kriminellen Eingriffs berechtigt. Noch schwieriger gestaltet sich die Frage nach der Ätiologie solcher Fälle, wenn keine Geburt, keine Fehlgeburt oder Abort vorausgegangen ist, der kriminelle Eingriff also bei einer vermeintlichen Schwangerschaft erfolgt zwar oder auch nur, um einer Schwangerschaft vorzubeugen. In gleicher Weise muß der Verdacht notwendigerweise auf einen kriminellen Eingriff hingelenkt werden bei Abszeßbildungen im retroperitonealen Beckenbindegewebe, bei chronischen Adnexerkrankungen, ebenso bei Endometritiden, die mit übelriechendem Ausfluß zur Behandlung kommen, vorausgesetzt, daß andere in Frage kommende ätiologische Momente auszuschließen sind. Auch die Pelveoperitonitis und die Peritonitis finden mangels anderer Erklärung für ihr Entstehen in der Annahme eines erfolgten kriminellen Eingriffs, bei dem sich Verletzung und Infektion nicht auf die Scheide und den Uterus mit seinen Adnexen beschränkt, sondern das Peritoneum direkt getroffen hat, oft einen ausreichenden ätiologischen Moment.

Unter Verwertung der hier besprochenen Krankheitsberichte für die Ätiologie, möchte ich an dieser Stelle nachstehende, mir besonders wichtig erscheinende Sätze aufstellen:

1. In vielen Fällen, in denen ein Abort im Gange ist und Fieber besteht und andere Ursachen zur Erklärung des Fiebers nicht in Frage kommen, liegt Verdacht auf einen kriminellen Eingriff vor.
2. In vielen Fällen, in denen im Anschluß an einen ätiologisch unklaren Abort entzündliche Erkrankungen, wie z. B. Pelveoperitonitis oder Adnexerkrankungen zur Beobachtung kommen, liegt, wenn eine genügende Erklärung für den Abort und

die Entzündung nicht gegeben werden kann, der Verdacht vor auf einen kriminellen Eingriff an den Genitalien zwecks Unterbrechung der Schwangerschaft, der eine entzündliche Erkrankung an den Tuben etc. zur Folge gehabt hat.

3. Wenn im Verlaufe eines Aborts oder nach einem vorausgegangenen Abort eine Infiltration oder ein Abszeß im Septum recto-vaginale zur Beobachtung kommen, ist, falls andere Momente für die Ätiologie auszuschließen sind, ein krimineller Eingriff mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

4. Treten bei einem Abort oder im Anschluß an ihn akute Symptome septischer oder peritonitischer Natur auf, so ist bei Mangel einer sonstigen Erklärung der Verdacht auf einen kriminellen Eingriff berechtigt.

Literaturangabe.

1. Blumreich, Über die Wechselbeziehung zwischen parametrischem Exsudat und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. für Gyn., Bd. 68, S. 109.
2. Füth, Gesellschaft für Geb., Leipzig. Zentralbl. für Gyn., 1905, S. 205.
3. Gronau, Gyn. Gesellschaft Dresden. Zentralbl. für Gyn., 1912, S. 1720.
4. Hammer, Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. Zeitschr. für Geb. und Gyn., Bd. LXXV, S. 119.
5. Hofmeier-Schröder, Handbuch für Frauenkrankheiten.
6. Hornstein, Beiträge zur Kasuistik der gynäk. Peritonitis. Arch. für Gyn., Bd. 97, S. 114.
7. Jung, Abortversuche bei fehlender Schwangerschaft und Tubargravidität. Zentralbl. für Gyn., 1912, S. 1019.
8. v. Kubinzi, Zentralbl. für Gyn., 1909, S. 664.
9. Mainzer, Gesellschaft für Geb. und Gyn. Berlin. Zentralbl. für Gyn., 1905, S. 952.
10. v. Neugebauer, 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. Gyn. Rundschau, 1913, Heft 11.
11. Opitz, Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Gyn. Rundschau, Bd. 2, S. 783.
12. Puppe, Über kriminellen Abort. Monatsschr. für Geb. und Gyn., Bd. 21, S. 314.
13. Schäffer, Gesellschaft für Geb. und Gyn. Berlin, Zeitschr. für Geb. und Gyn., Bd. 54, S. 173.

14. Seegert, Verlauf und Ausbreitung der Infektion beim septischen Abort. Zeitschr. für Geb. und Gyn., Bd. 57, Heft 3.

15. Sigwart, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. für Gyn., 1912, S. 500.

16. Spaeth, Peritonitis und Tod durch Injektion von Solutio plumbi acetici durch die Tuben in das Cavum peritonei. Zentralbl. für Gyn., 1878, S. 593.

17. Thomä, Abtreibungsversuch bei fehlender Schwangerschaft, zugleich ein Beitrag zum Kampf gegen kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. für Gyn., 1912, S. 500.

18. Veit, Handbuch der Gynäkologie.

19. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit «Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände» Maximilian Josef vom Hövel wurde in Trier am 17. August 1880 als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Philipp vom Hövel geboren.

Seine Schulbildung erhielt er an den Kgl. Friedrich Wilhelms- und Kaiser Wilhelms-Gymnasien zu Trier und bestand an letztgenanntem Frühjahr 1900 die Reifeprüfung. Am 1. April 1900 wurde er in die Kaiser Wilhelms-Akademie zu Berlin für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Am 22. Februar 1902 bestand er die ärztliche Vorprüfung und wurde am 1. Oktober 1904 zum Unterarzt beim 2. Oberrheinischen Infanterie-Regiment Nr. 97 ernannt und auf ein Jahr zum Kgl. Charitékrankenhaus in Berlin abkommandiert. Die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 12. April 1906.

Durch Allerhöchste Kabinettsordre vom 21. Mai 1906 wurde er zum Assistenzarzt, vom 21. März 1908 zum Oberarzt und vom 1. März 1913 zum Stabsarzt und Bataillons-Arzt im 2. Elsässischen Pionier-Bataillon Nr. 19 ernannt.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Bennecke (†), v. Bergmann (†), Bernhardt, Brieger, Engelmann (†), Engler, Ewald, Fischer, Fränkel (†), Frey, Goldscheider, Gusserow (†), Hertwig, Heubner, Hiller, Jolly (†), O. Israel, R. Köhler, Koenig (†), Lesser, v. Leyden (†), Liebreich (†), v. Michel (†), Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, R. Virchow (†), Waldeyer, Warburg (†) und Westenhoeffer.